

Name, Vorname _____
Geb.datum _____

Fragebogen zu Stuhlentleerungsproblemen

Sehr geehrte Eltern,

um die vollständige Erfassung wichtiger Informationen zu gewährleisten und Ihnen die Möglichkeit zu geben, uns alle Aspekte der Probleme Ihres Kindes mitzuteilen, würden wir Sie bitten, den folgenden Fragebogen in Ruhe auszufüllen.

Wie werden den Fragebogen später mit Ihnen gemeinsam durchgehen. Fragen, die Sie nicht beantworten können, lassen Sie bitte offen. Alle Dinge, die nicht schriftlich gut zu vermitteln sind, besprechen wir in unserem ausführlichen Anamnesegespräch mit Ihnen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Welche(s) der folgenden Probleme besteht/bestehen bei Ihrem Kind?

1. Verstopfung
2. Schmerzen beim Stuhlgang
3. Seltene Stuhlentleerungen
4. Stuhlschmierer/Einkoten
5. Verzögerte Sauberkeitsentwicklung
6. Sonstiges

Wann traten die Probleme erstmalig auf? _____

Gab es ein Ereignis, das mit dem Auftreten der Probleme zusammenfällt?

Zum Stuhlverhalten.

Trägt Ihr Kind eine Windel? tagsüber nachts
nein

An wie viel Tagen pro Woche hat Ihr Kind Stuhlgang? _____ Tage pro Woche
Wie viel Male am Tag hat Ihr Kind Stuhlgang? _____ mal pro Woche
Wie groß sind die Stuhlmengen? klein mittel groß

Welche Beschaffenheit hat der Stuhl Ihres Kindes ?

hart weich wässrig wechselnd mit Blutbeimengungen

Kontrollieren Sie regelmäßig den Toilettengang Ihres Kindes? ja nein

Müssen Sie Ihr Kind zum Toilettengang auffordern ja nein
Wenn ja, wie reagiert es darauf?
es geht sofort es wird wütend es verweigert

Nimmt sich Ihr Kind Zeit für den Stuhlgang? ja nein

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten bei der Darmentleerung? ja nein

Muss es dabei heftig pressen? ja nein

Klagt Ihr Kind über Schmerzen beim Stuhlgang? ja nein

Stuhlschmierer/Einkoten:

Kommt es zu unwillkürlichem Stuhlgang? Ja nein bitte weiter bei Blasenentleerung

Wie häufig kommt es zu Stuhlschmierer/Einkoten? _____ Tage pro Woche
_____ Tage pro Monat
_____ mal pro Tag
wechselnd: _____

Zu welcher Tageszeit tritt dies auf?

morgens mittags nachmittags abends nachts

Wie groß sind die nicht auf der Toilette entleerten Stuhlmengen?

nur Stuhlschmierer

teils Stuhlschmierer, größere Mengen

große Stuhlmengen

Wie ist die Beschaffenheit des Stuhls?

fest weich wässrig

Zu welcher Situation kotet ihr Kind ein?

ohne Anlass zu Hause im Streit unterwegs

bei interessanter Beschäftigung und im intensivem Spiel

in der Schule/Kindergarten sonstiges

Kann Ihr Kind zum Beispiel im Auto den Stuhlgang zurückhalten, wenn keine Toilette zur Verfügung steht? ja nein wenn ja wie lange? _____

War Ihr Kind schon mal sauber? ja, vom _____ Lebensjahr bis zum _____ Lebensjahr

Gab es ein äußeres Ereignis, dass mit dem Wiederauftreten des Einkotes zusammenfällt?

Ja nein

Wahrnehmung und Reaktion auf das Einkoten

Leidet Ihr Kind unter dem Einkoten ja nein

Ist Ihr Kind für eine Behandlung motiviert? ja nein

Haben Sie das Kind wegen des Einkotes bestraft? ja nein

Welche anderen Maßnahmen haben Sie versucht um das Einkoten zu beseitigen?

Wurde Ihr Kind wegen der Darmentleerungsproblematik bereits untersucht oder anderswo behandelt? Ja wo? _____ nein

Gibt es jemand Anderen in der Familie, der mit der Darmentleerung Probleme hat?

Ja wer? _____ nein

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind? _____

Wesentliche Erkrankungen in der Familie?

Allergische Erkrankungen in der Familie?

Zur Ernährung:

Isst Ihr Kind regelmäßig Gemüse? ja nein
Isst Ihr Kind regelmäßig Obst? ja nein

Welche Art von Brot isst Ihr Kind? _____

Viele Süßigkeiten? Ja nein

Milch und Milchprodukte (Welche? Menge) _____

Wie viel Flüssigkeit trinkt Ihr Kind am Tag? Welche? _____

Zur allgemeinen Entwicklung:

In welchem Alter konnte Ihr Kind laufen? _____
Wann hat Ihr Kind die ersten Worte gesprochen? _____
Waren alle Vorsorgeuntersuchungen unauffällig? _____
Anmerkungen und Ergänzung: _____

Meinen Sie, dass Ihr Kind absichtlich einkotet? ja nein

Wird Ihr Kind wegen des Einkotes abgelehnt? ja nein
Wenn ja von wem? _____

Blasenentleerung:

Wie häufig geht Ihr Kind auf die Toilette um Wasser zu lassen? _____ x täglich

Nässt Ihr Kind tagsüber ein? ja nein
wenn ja wie oft _____ Tage/Woche

Nässt Ihr Kind nachts ein? ja nein _____ Tage/Woche

Muss Ihr Kind besonders plötzlich zur Toilette, wenn es Harndrang hat?
ja nein

Bemerken Sie, dass Ihr Kind bei Harndrang den Toilettengang vermeidet?
ja nein

Was bemerken Sie?

Beine zusammenpressen
Auf der Ferse sitzen
Hin und her hüpfen

Sonstiges: _____

Hat Ihr Kind bereits Harnwegsinfekte gehabt? Ja nein

Zur weiteren Vorgeschichte:

Sonstige wesentliche Vorerkrankungen Ihres Kindes und Operationen:
